

ÉQUIPE MÉDICALE DU TRAVAIL INDIVIDUALISÉE AU SEIN DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE L'INFIRMIER(E) EN SANTÉ AU TRAVAIL UN(E) INFIRMIER(E) CLINICIEN(NE) ?

Alain CARRÉ, Association Santé et Médecine du Travail

UN NOUVEAU RÔLE POUR LES INFIRMIER(E)S DU TRAVAIL ET UNE NOUVELLE ÉQUIPE L'ÉQUIPE MÉDICALE DU TRAVAIL

La mise en œuvre de visites d'information et de prévention à la fois pour les travailleurs sans risques particuliers (selon la loi travail) que pour des travailleurs exposés à des risques particuliers induit un rôle nouveau pour les infirmières et infirmiers.

Tout d'abord il faut rappeler que la notion de risque particulier reste très théorique à une époque où l'organisation du travail elle-même, dans tous les secteurs peut être pathogène. Les articles R.4624-11 à R.4624-21 et l'article R4624-28 constituent une véritable nouveauté en France car ils instituent de facto sous l'appellation « *professionnels de santé* » une « équipe médicale du travail » dont les membres médecins, internes et infirmier(e)s relèvent outre du champ du Code du travail, individuellement et collectivement, de celui du Code de la santé publique. Cela a pour conséquence une césure entre équipe pluridisciplinaire et « l'équipe médicale du travail » constituée des « professionnels de santé » de cette équipe. On peut souhaiter que cette organisation ne soit qu'une étape vers la création dans les SSTIE d'un pôle constitué « d'équipes de médecine du travail » comportant outre l'équipe médicale du travail des IPRP qui lui soient rattachés spécifiquement et d'un pôle de gestion de la santé et de la sécurité positionné du côté de l'expertise HSE et chargé d'aider l'employeur dans son obligation de sécurité de résultat. Cette organisation éviterait la confusion qui règne actuellement dans nombre de services.

L'IMPLICATION NOUVELLE DES INFIRMIER(E)S DU TRAVAIL DANS L'ACTIVITÉ CLINIQUE

Si l'on désire que l'équipe médicale s'investisse pleinement dans cette prévention il faut lui en donner le temps. En particulier augmenter les effectifs par équivalent temps plein au prétexte de substitution serait saboter cette nouvelle organisation.

La première visite de prévention et d'information notamment destinée à exposer au salarié (tous) les risques de son poste nécessite, par conséquent, une montée en compétence de l'ensemble du personnel du SST et pour l'assurer le temps nécessaire.

Cette nouvelle activité des infirmier(e)s du travail n'a pas été intégrée à la loi de santé du 27 janvier 2016 qui instituait la fonction d'infirmier clinicien titulaire d'un mastère.

Pourtant, pour la première fois, à notre connaissance, (à l'exception de ce nouveau corps d'infirmier(e)s), les infirmier(e)s du travail sont chargés d'intervenir dans un cadre clinique.

Ainsi, ces articles demandent à ce professionnel de santé d'élaborer des diagnostics puisqu'il s'agit bien :

- « *d'interroger le salarié sur son état de santé* » afin « **d'identifier** si son état de santé ou les risques auxquels il est exposé nécessitent une orientation vers le médecin du travail »
- « **s'il l'estime nécessaire**, orienter sans délai le travailleur vers le médecin du travail dans le respect du protocole prévu au troisième alinéa de l'article L.4624-1 »

- d'assurer parfois la totalité de la surveillance de la santé des salariés dont certains ne seraient jamais examinés par le médecin du travail.

L'ÉLABORATION DES PROTOCOLES EN COOPÉRATION ET LA MAÎTRISE DES POSSIBLES

L'encadrement de l'activité infirmière dans ce cadre clinique par des protocoles, qui est rappelée de façon obsessionnelle par le texte (afin d'empêcher réglementairement que l'activité de l'infirmière ne relève de la clinique médicale ?), demande en effet du temps puisqu'il impose au médecin une rédaction qui encadre étroitement l'activité « d'identification de l'état de santé » et la prise de décision en matière « d'orientation ». Cette élaboration ne peut également s'exempter des conditions fixées par le code de la santé publique concernant les rapports entre professionnels de santé. Ainsi, le médecin doit assurer et s'assurer de la compétence des professionnels de santé placés sous sa subordination technique(1). Il doit également respecter leur indépendance(2).

Ces conditions ainsi qu'une recherche de qualité de l'acte délégué, impose donc que ces protocoles soient élaborés en coopération avec les infirmiers. L'échange entre professionnels est ici le gage d'une qualité qui conditionne la pertinence de l'acte et relève par conséquent des moyens, y compris temporels, à déployer.

Toutefois, la rédaction des protocoles ne parviendra jamais à maîtriser totalement l'éventail des possibles. Cela qualifie donc l'activité de l'infirmier comme une activité clinique.

LES RESPONSABILITÉS RESPECTIVES NOUVELLES

Se pose alors la question des responsabilités respectives des acteurs. En fait l'infirmier, dont la signature du protocole n'a pour fonction que d'attester qu'il l'a bien reçu, ne pourrait être mis en cause que s'il n'avait pas appliqué le protocole qui lui a été confié (responsabilité d'exécution). Le responsable des conséquences du protocole est ici uniquement le médecin du travail, ce qu'il atteste par sa signature.

L'élaboration par le médecin des protocoles est donc un acte médical clinique puisqu'il concerne des patients. Il nécessite d'une part qu'il déploie les moyens de connaissance, tant médicale que celle des postes et des conditions du travail réel, mais aussi qu'il soit en

capacité de tracer leur évolution pour adapter les protocoles en temps réel. Il doit également veiller à ce que l'infirmier ait acquis les compétences nécessaires pour l'appliquer.

Dès lors que le protocole serait dépassé par les circonstances et que l'infirmier déploierait d'autres compétences, il ne pourrait le faire, là encore, que dès lors que ses connaissances le lui permettraient. À moins qu'il ne choisisse d'adresser systématiquement le travailleur au médecin ce qui deviendrait une habitude couteuse en temps et saperait l'avantage attendu de cette nouvelle organisation.

LES IMPLICATIONS POUR LA FORMATION ET LE STATUT DES INFIRMIER(E)S DU TRAVAIL

Ce nouveau rôle de l'infirmier et son intervention dans l'activité médicale amène à conclure que cela implique, outre une augmentation des effectifs d'infirmiers dans les services de santé au travail :

- Une formation spécifique à déterminer en lien avec les médecins responsables mais qui équivaldrait à un mastère spécialisé.
- Une revalorisation de leur situation en matière de classement salarial.
- Un statut de salarié protégé assurant leur indépendance déjà conseillé par le rapport parlementaire sur le syndrome d'épuisement professionnel.

Sauf si cette organisation était pour la puissance publique un alibi pour avoir sciemment saboté la prévention médicale des risques professionnels, elle impose la mise en œuvre de véritables moyens notamment de formation. La question du temps et des effectifs est au cœur de ces nouvelles pratiques.

Il faut par conséquent trouver un juste équilibre entre les nouveaux rôles des infirmiers en nombre plus nombreux qui pourraient décharger l'activité du médecin et le temps nécessaire qu'implique pour le médecin ce nouveau mode de fonctionnement. L'inflation de l'effectif par ETP qui atteindrait aux moyens d'exercice engagerait la responsabilité de l'employeur ou de l'administration qui l'exigerait dans les agréments en matière de conséquences pour la santé des salariés.

.....
1- Article R.4127-71 - « Le médecin (...) doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours. »

2- Article R.4127-68 - « Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient. »